

POR FAVOR UTILICE UN BOLÍGRAFO NEGRO PARA LLENAR EL FORMULARIO

Información Sobre Seguro de Salud COBRA

Número de caso: _____

- Esta forma debe ser llenada por su anterior empleador o por el representante de COBRA de su compañía de seguros.
- Cualquier espacio que se deje sin llenar en esta aplicación podría demorar el proceso.

A Información General

Nombre de la persona asegurada en la póliza: _____

Número de Seguro Social: _____

Nombre del Plan de Seguro: _____

Sí No 1. ¿Es este individuo elegible para enrolarse en el cubrimiento COBRA?
 Si no es elegible, explique las razones: _____
 Si es elegible, escriba la fecha de elegibilidad del empleado (mes/día/año): _____

Sí No 2. ¿Este individuo o cualquier miembro de su familia está enrolado en el cubrimiento COBRA?
 Si la respuesta es afirmativa, escriba el nombre de la persona(s) enrolada(s): _____

Sí No 3. ¿Este individuo o cualquier miembro de su familia ha suspendido/cambiado su seguro en los últimos seis meses? Si la respuesta es afirmativa, escriba el/los nombres: _____

 Escriba también la fecha en que se suspendió/cambió el cubrimiento del seguro (mes/día/año): _____

B Plan COBRA

Las siguientes preguntas se refieren al plan COBRA ofrecido por su compañía.

- Sí No 1. ¿Tiene el empleado que enrolarse para poder adicionar a sus dependientes?
 2. ¿Cuándo empezó/a empezará el cubrimiento? (mes/día/año) _____
 3. Complete el siguiente formulario. No incluya los costos de cubrimiento dental, de visión, o cualquier otro cubrimiento si son separados.

Prima - Costo Mensual		
	Porción pagada por el empleado	Porción pagada por ARRA*
Empleado	\$ _____	\$ _____
Empleado + esposo/a	\$ _____	_____
Empleado + hijo/a	\$ _____	_____
Familia	\$ _____	_____

4. Por favor especifique el deducible anual del plan de seguro de salud (no incluya el costo pagado del propio bolsillo o el deducible de hospital):
 Cantidad individual \$ _____ Cantidad por familia \$ _____
- Sí No 5. ¿El plan paga por servicios como (doctor, farmacia, etc.) antes de que el empleado haya pagado el total del deducible especificado anteriormente?
 6. ¿Cuándo terminará la reducción de la prima por cubrimiento de ARRA? (mes/día/año) _____

* American Recovery and Reinvestment Act

(Continuación)



Nombre: _____ Número de Seguro Social: _____ Número de caso: _____



Plan de Seguro de Salud Escogido por la Persona que Aplica

Las preguntas que se encuentran abajo se refieren al plan que el empleado ha seleccionado. Las preguntas del 2 al 7 se refieren a los beneficios de grupo.

1. Nombre de la compañía de seguros y plan escogido: _____
- Sí No 2. ¿Es el deducible de \$2,500 o menos por individuo?
- Sí No 3. ¿El plan de seguro paga por lo menos el 70% de la estadía del paciente en el hospital (después del deducible)?
- Sí No 4. ¿Es el beneficio máximo de por vida de \$1,000,000 o más?
5. ¿Qué beneficios están cubiertos bajo este plan? (marque todos los que aplican)
- Visitas al médico Servicios al paciente dentro del hospital Farmacia
- Vacunas para los niños Chequeos médicos para los niños
- Sí No 6. ¿Están los hijos del asegurado actualmente enrolados en el plan dental de su compañía o planean ser incluidos? Si la respuesta es afirmativa incluya los nombres: _____
- _____
- Sí No 7. ¿Cubre el plan servicios de aborto?
- ¿Si la respuesta es afirmativa, bajo qué circunstancias lo cubre?
- Solamente cuando la vida de la madre está en peligro si el embarazo continúa, en caso de incesto, violación sexual
- Otra circunstancia, descríbala por favor: _____



Firma

Certifico que yo soy un anterior empleado de la compañía que está aplicando o que soy el representante de la compañía de seguros COBRA. La información contenida en esta forma es verdadera y correcta de acuerdo con mi conocimiento.

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre (en letra de imprenta): _____

Título: _____ Teléfono: _____

Por favor devuelva esta forma una vez que se haya llenado toda la información solicitada:

Department of Workforce Services
PO Box 143245
SLC, UT 84114-3245
Fax: 801-526-9500
Toll-free Fax: 877-313-4717